

患者－医師関係の理想的モデル（１）

—— ブローディの「相反する訴えモデル」

盛 永 審一郎

患者－医師関係の理想的モデルという、近代以前においては、紀元前４世紀のヒポクラテスの誓いに見られるようなパターンリスティックなモデルが挙げられる⁽¹⁾。この誓いは、「医師が患者にとって益するであろうものを医師の能力と判断に従って為す」ことの誓いである。したがって、ここでは、患者と医師との対話、患者に対する情報の開示、患者の同意については触れられていない。しかし、必ずしも、パターンリスティックなものばかりが、患者－医師関係のモデルとして古代において考えられていたのではないようである。たとえば、プラトンの中にそれは窺い知られる。次のようである。

「国内には奴隷の病人もいれば自由民の病人もいるのですが、そのうち奴隷に対しては、通常ほとんど奴隷〔の医者〕が走りまわったり、あるいは施設所で待機したりしながら、その診療にあたっています。そして、そうした医者は誰も、一人ひとりの奴隷の病気それぞれについて、なにかの説明をあたえもしなければ、うけつけもしない。むしろ、経験からしてよいと思われる処置を、あたかも正確な知識をもっているかのように、僭主さながらの横柄な態度で、一人の病人に指示しておいては、さっさと、病気にかかっている別の奴隷のもとへ立ち去ってゆく。そして、そのようにして彼は、病人を診療する主人の労苦を軽くしてやるのです。

これに対し自由民である医者は、たいいていの場合、自由民たちの病気を看護し診察します。それも、病気をその根源から、本来のあり方に則って検査をし、患者自身ともその身内の人々ともよく話し合い、自分の方も、病人からなにかを学ぶと共に、その病人自身にも、できるだけことは教えてやるのです。そして、なんらかの仕方でも相手と同意させるまでは、処置の手を下さず、同意させたときでも、説得の手段によって、たえず病人の気持ちを穏やかにさせながら、健康回復の仕事を成しとげるべく努力するのです。」⁽²⁾

まさに、ここで記されている自由民の医師とは、患者と対話し、情報を開示し、患者の同意を得るという、近代において求められている理性的な人格的二者関係のようである。確かに、プラトンの医師についての記述には、必ずしもここで示された自由民の医師にそぐわないものも散見される。しかしここでは、まさに、理性的な二者の人格的關係が記されていると見なすこともできるであろう。そうであるとする、患者－医師関係は、古来から、対立した二つの軸をめぐる、思考されてきたと言えるであって、決して、後者の人格的二者対応の患者－医師関係が近代において登場したとだけは言えないであろう⁽³⁾。

しかし、やはり、歴史的に考察すると、通例指摘されるとおり、１８世紀の啓蒙期に一時、ベン

ジャミン・ラッシュ⁽⁴⁾やジョン・グレゴリー⁽⁵⁾らによって、患者に対する情報の開示の必要性が説かれはしたものの⁽⁶⁾、20世紀に至るまで、現実の患者－医師関係はパターンリスティックなものであった。20世紀中頃、ニュールンベルク裁判において、ナチの医師たちの行った人体実験の数々が暴露され、そしてジョセフ・フレッチャー⁽⁷⁾が初めて「患者の選択」の重要性を説き、60年代の人権運動の高まりとともに、医師という専門家に任せる医療に対する様々な反省から、反パターンリズム運動が展開し、患者の権利に根ざす患者－医師関係が求められてきたと見なすことができるであろう⁽⁸⁾。

本稿では、様々な想定される患者－医師関係のモデルを紹介し、その特徴を論じる。次稿では、本稿で紹介されたブローディの「相反する訴えモデル」に焦点を当てて、その背後にある倫理的原理と例証について論じる。

1) ヴィーチの医師－患者関係のモデル⁽⁹⁾

ヴィーチは医師－患者関係のモデルとして、工学モデル、僧侶モデル、同僚モデル、契約モデルの4つを挙げ、契約モデルを理想的モデルとしている。以下それぞれの特徴について簡単に考察する。

a) 工学モデル (Engineering Model)

生物学革命の様々なインパクトの一つは、医師を科学者にしたことである。医師は応用科学者のように立ち振る舞う。近代世界における科学的伝統のレトリックは科学者は「純粹」でなければならないということである。従って、このモデルでは、医師は事実だけに関わり、いかなる価値判断にも関わらず、患者に事実を提供し、それに基づく判断は患者にゆだねるということになる。

b) 僧侶モデル (Priestly Model)

プラトンの奴隷の医師の話のように、医師自身の倫理的判断が完全に排除され、配管工のような存在に医師をしてしまう工学モデルに対する道徳的反感から、正反対の形を取るモデルがある。それは医師を、医療技術の専門家として社会から認められている権限を価値判断の領域にまで不当に一般化することによって、道徳的助言の専門家である新しい僧侶にしてしまうモデルである。この僧侶的モデルを総合する主な倫理的原理は、「患者を益せよ、害してはならない」ということである。このモデルは、医師－患者関係に対するアナロジーとして父－子のイメージを使用する。価値の領域におけるパターンリズムである。それは決定することの場所を患者から奪い去り、専門家の手に引き渡す。そうすることにおいて、もっとバランスのとれた倫理的体系に本質的である他の道徳的テーマが破壊されてしまう。専門家のグループはこの原理を専門家の倫理にとって適切であると断言する。一方、もっと一般的な社会は、もっと広い倫理的規範（善を生み出し、害さないこと。個人の自由を守ること。個人の尊厳を保護すること。真理を告げ、約

束を守ること。正義を維持し、回復すること)を持っている。

c) 同僚モデル (Collegial Model)

工学モデルでもって、医師は道徳的価値判断を持たない配管工になった。僧侶モデルでは、医師の道徳的権威は患者の自由や尊厳が排除されてしまうほど、患者を支配する。これらのモデルに対して、医師と患者は、病気を取り除き、患者の健康を保持することの共通の目標を追求する仲間 ('Pal') としてお互いを見るべきだとするのが同僚モデルである。従ってここでは、信用と信頼が最も重大な役割を演じる。二人、あるいは二つのグループが共通の目標に専念しているとき、そのとき、信用と信頼が正当化され、仲間のモデルが妥当している。しかし、相互的誠実や目標、共通の利害の仮定に対する何らかの実際の基礎が、事実存在するのだろうか。われわれは多くの場合次のことを認めなければならない。民族、階級、経済、価値の相違が、仲間モデルが機能するために必要な共通の利害という仮定を単なる空想にしようということ。必要であるのは、もっと暫定的なモデルである。それは、患者と医師の間に、仲間というユートピア的仮定を作らずに同等性を可能にするモデルである。

d) 契約モデル (Contractual Model)

これらの条件に合う患者－医師関係のモデルは、契約あるいは盟約のモデルである。しかし契約の観念は法的含意をおわされるようなものではない。結婚におけるようにもっと象徴的な形において解されるべきだとする。ここにおいては二人ないし、二つのグループが、両方の側に対して義務を負い、そして利益が期待される仕方で、相互に干渉している。自由、尊厳、真理を告げること、約束を守ること、そして正義は、契約関係において本質的である。たとえ十分な利害の相互性がないということが認められるとしても、前提は信用と信頼にある。忠実に義務が遂行されるだろうという仮定があるが、契約が侵害されると、社会的制裁が制度化され、この関係の背後に置かれることになる。

契約モデルにおいてだけ、倫理的権威と責任の真の分配があり得る。このモデルは、工学モデルにおける医師の側での道徳的放棄を避けるし、僧侶モデルにおける患者の側での道徳的放棄を避ける。またこのモデルは、仲間モデルにおける偽りの意味での同等性を回避する。契約モデルにおいては、重要な選択が為されるとき、患者はかれ自身の生と運命を支配する自由を維持しなければならない、それを医師が認めるということが、患者と医師の両者に共有されている。そして、患者自身の価値に基づいて、一旦医療の決定をする枠組みが確立されたならば、この委託された枠組みの中で、患者をケアする上での日々の無数の医学的決定が医師によつて為されるということ、そして患者はそれを信頼するということを両者が共有している。

e) 盟約モデル (Covenant Model)

ヴィーチは契約と盟約について明確に区別していないが、メイがそれを論じている⁽¹⁰⁾。

ここでは、ビーチャムの的確な区別を引用するにとどめる。

「生命医学倫理では誠実性を中心とすべきだとする論者たちは、コントラクト (contract) という意味での契約モデルに反対し、〈カヴァナント〉 (covenant) という意味での盟約モデルを提示している。この論争の一部は、ヘルスケア関係、特に医師－患者関係を、どのように記述し構造化するかにかかわっている。一方において、盟約モデルの擁護者は、契約を、個人的 (すなわち、もっぱら個人の自律的行為によって基礎づけられている)、最少限定主義的 (すなわち、関係における最少限の道徳のみを限定しようというものの)、外面的 (すなわち、関係の精神や当事者の人格などよりも、外面的行動を重視しようというものの)、そして、法律主義的 (法的強制力に焦点を絞っている) であると批判している。これらの批判者は、原理や規則といった言葉よりも、徳にたいする信頼と並んで、忠実 (loyalty) とか誠実 (faithfulness) といった言葉を好む。契約モデルの擁護者は、盟約とは誠実性などといった道徳関係を強調する契約の特殊形態にすぎないと反論し、また、医療倫理は、社会－医療専門家－患者の間のより広い契約関係において理解するのが最善であると反論している。」

そして、ビーチャムは次のように付言している。「われわれの観点から言えば、ヘルスケア専門家と患者との関係を、契約者、パートナー、親、友人、あるいは技師などといった、単一の比喩やモデルで捉えようとすることは、間違いである。いかなる比喩やモデルも、それ一つではヘルスケアやヘルスケア関係を統御する道徳原理と規則の複雑性とを、適切に表現することはできない。」⁽¹¹⁾

2) ブローディの患者－医師関係のモデル

ブローディは、これまでのモデルを社会の二つの在り方に従って、二つのモデルとして捉え直している。関係が自由に同意された条件によって成り立つ患者－医師関係と、個人の間の関係がそれとは独立の外側の規範によって決定されている条件によって成り立つ患者－医師関係、すなわち契約モデルと身分モデルである。契約モデルは、ヴィーチの契約モデルと同様、近代の契約に基づく患者－医師関係である。身分モデルは、ヴィーチの僧侶モデルに当たるといえる。ブローディの考察の視座は、これらのモデルは、われわれの社会が生み出してきた一連の社会的規範を具体化しているかどうかにある。すなわち、ブローディは、ビーチャムと異なり、これらの複雑な道徳原理を網に掛けるようなモデルを模索する。一連の社会規範とは、以下のものである⁽¹²⁾。

1. われわれの行為の結果への訴え (種々の形での功利主義) 2. 権利への訴え (個人の権利へのロックの理論) 3. 人格に対する尊敬への訴え (カントの理論)⁽¹³⁾ 4. 諸々の徳への訴え (アリストテレス) 5. 費用効果性 (Cost-Effectiveness) と正義への訴え (ロールズ)。

しかしこれらのモデルは、いくつかの重要な倫理的原理を具体化しているということにその強みをもつが、おのおのの弱みは、いくつかを具体化しはするものの、しかし他のものを捨て去っているということにある、とブローディは主張する。そしてそこから、これらの倫理的訴えを具体化すると考えられる「相反する訴えモデル」へと向かうことになる。以下、ブローディの叙述

に従いこれらのモデルを特徴づけながら、紹介する。

f) 契約モデル

ブローディは、契約モデルは5つの主張をするという。

1. 患者－医師関係のどちらの側も、関係する義務のもとにおかれていない。
2. 関係するのは、おのおのが自由に同意するという条件でだけである。
3. 関係が法的に存在するのは、前もっておかれた条件が同じであるときだけである。
4. 患者－医師関係と結びついた社会の主な役割は、履行しないこと、誤って履行すること、詐欺、あるいは強制に対して、関係の両者を守ることである。社会は、ある決定過程や結果が生じるということを見ることにおいてはいかなる役割をも持たない。
5. 社会は、同意に基づく関係の中で為された決定から生じる医療のための支払いに対するいかなる特別な義務をも持っていない。

この主張から明らかなように、このモデルにおいては、患者－医師関係のどちらの側もその関係の中へはいる道徳的義務のもとにおかれてはいない。たとえ患者が助けを必要とする火急の場合であっても、医師は奉仕の義務がないし、患者もまた相談する義務がない。医師と患者が自由に同意した条件のもとでだけ、両方は関係の中へはいることができるのであり、そのときにおいてのみ、患者－医師関係が法的に存在する。すなわち、このモデルは個人の自由を尊重するという近代の個人の権利に基づく。

従って、このモデルでは、患者が持つ援助される権利は具体化されていない。契約モデルは、同意に至らない場合は、患者を援助することを拒絶する権利を医師に与える。これがこのモデルの弱さとして指摘されることになる。ブローディは次のようにいう。「簡単にいうと、契約モデルには二つの大きな弱点がある。第一は、医療（ヘルスケア）関係に何らかの外面的な価値の賦課を供給することができない。この理由のために、契約モデルは、徳への訴え、人格性に対する尊重への訴え、助けられる権利への訴え、医療関係及び決定の評価における結果への訴えのいくつかを正当に取り扱うことができない。第二に、医療の決定の評価を社会的次元で正当に取り扱うことはできない。医療の公的条項においてであれ、私的条項においてであれ、そうである。」[64] 結局、このモデルの強さは、それが議論された倫理的訴えのいくつかを具体化するという事である。そしてモデルの弱さは、それがそれらの残りを具体化することができないということである。

g) 身分モデル (Status Model)

ブローディは第二の患者－医師関係のモデルを身分モデルと呼ぶ。それは契約モデルとは根本的に異なったアプローチに基づいている。このモデルの主張は次のようである。

1. 患者－医師関係における両方の側はある種の状態においては関係のなかにはいる義務のもとにある。

2. 関係の妥当な条件のいくつかは、両方の側のどちらか、あるいは両方の願望から独立であり、それらと葛藤するかも知れない。それ以外の他の条件は彼らが結びついている同意によって設定されるべきである。
3. 患者－医師関係が法的に存在するのは、これらの独立の条件が満たされるとき、そして他の条件が両方の側の相互の同意によって置かれるときだけである。
4. 社会の主な役割は両方の側が関係の中に入ることを義務づけられているとき、そうすることを保証することである。そして関係が正当な独立の条件によって支配されているという事を保証することである。結果として、社会はある決定の過程、ある決定の結果が生じるということを見ることにおいて特別な役割を持っている。
5. もし患者が支払うことの立場にいないなら、社会は必要な医療に対して支払う特別な義務がある。

このモデルにおいては、医師は困窮している人々に奉仕する義務の下におかれている。特に火急の状況に置いてはそうである。奉仕することができない医師は、特に火急の状況の場合には、患者が持つ援助する権利を尊重することができないことで責められることになる。このように、このモデルにおいては、患者、医師の双方の願望とは独立の道徳的規範が優先している。

この身分モデルは、重要な道徳的訴えのいくつかを具体化している。結果への訴え、実体的権利、人格に対する尊敬、そして徳のいくつかを。しかるに一方また他の重要な訴えを具体化することができない。少なくとも、結果への訴えの一つの観点が無視されている。すなわち、患者にとって最上の結果へ導くであろうという専門家の理解に基づく訴えを強調するあまり、医学的決定が社会に及ぼす仕方は考慮するものの、患者が関心を持っているものを十分に具体化することができないということである。またこのモデルは、医療の供給者と受け手の手順の権利へ十分な考慮を払わない。そしてそれは正直などの徳のいくつかを十分公平に取り扱わない。さらにこのモデルはそれらを具体化するために拡大化される能力をもっていない。これらの場合の各々において、問題の源は、身分モデルが独立の専門的そして価値ある規範を、供給者－受け手関係における両方の側の欲求と選択に完全に優先させることを要求するというところにある。

h) 相反する訴えモデル (Model of Conflicting Appeals)

以上のスタンダードなモデルは、共に、道徳的訴えのいくつかを具体化しているが、残りのものを排除している。異なった訴えのすべてを適切に具体化する患者－医師関係の新しいモデルが求められなければならない。それは、お互いに葛藤しあう種々の道徳的訴えのすべてに開かれていて、それらが網に掛けられるようなモデルである。ブローディはそれを「相反する訴えモデル」とよんでいる。このモデルは次の5つの主張をする。

1. 患者－医師関係の両方の側がある状況の下では関係の中に入る義務の下におかれている。しかしながら、この義務は、道徳的問題がいかに重要であろうとも、ある場合には乗り越えられる。なぜなら、患者の自律、あるいは医師の自律、あるいは、他の考慮に値するものが、この

義務を乗り越えるからである。

2. 関係を支配する条件のいくつかは患者あるいは医師の両方あるいはどちらかの願望から独立して、この願望に優先する。両方の側、あるいはどちらかの願望は、しかしながら、時々この独立の条件を乗り越えるかも知れない。いかなる場合においても、とどまる条件は両方の側の共有の同意によって設定されなければならない。
3. 患者－医師関係が法的に存在するのは(a)これらの独立の条件が両方の側の願望に優先する場合において合意されているときか、あるいは(b)関係が続く条件が両方の側の相互の同意によって設定されている場合である。
4. 社会の主な役割は、そうすることが義務づけられているとき、おのおのの側がこの関係の中にはいるということを保証することである。そして関係が適切な独立の条件——この条件が関係を支配すべき場合において——によって支配されるということを保証することである。付け加えると、社会は、何らかの条件に関連して、遂行されないこと、誤って遂行されることに対して、そして両方の側の同意によって適切に設定された条件の同意を裏切ること、あるいは抑圧することに対して、両方の側を保護する役割を持っている。結果として、社会は、決定する過程や、決定の結果が生じることを見ることに特別な役割を持っている。
5. 社会は、医療にたいして、それがもし患者がそれを支払う立場にないとき、しかも必要とされるとき、支払う特別な義務を持っている。

ブローディは、さらに以下のようにこのモデルの5つの主張にコメントをつけている⁽¹⁴⁾。

新しいモデルの最初の要求は、契約モデルよりは、身分モデルに近いように見える。というのは、患者－医師関係の両側は、ある条件の下では関係の中に入る義務の下にあるということを認めるからである。重要な医学的問題に直面する患者は、道徳的に援助を探し求めることを余儀なくさせられるだろうということ、そして医師は他の援助が利用されないとき援助を供給することを余儀なくさせられているということの身分モデルの主張に同意している。しかしながら身分モデルと異なり、これらの義務をいつも最優先であると認めない。契約モデルによって引き起こされた考慮のいくつかと異なり、相反する訴えモデルは、これらの義務が自立的な選択によって、あるいは他の価値の考慮によって時々乗り越えられるだろうということを認める。この方法で、相反する訴えモデルは、身分モデルと契約モデルの間にある主張を取り上げようとする。

このように、患者－医師関係における両方とも、患者の生活や健康が脅かされるという状況においては、関係のなかにはいる義務があるこのモデルは主張する。このような患者の義務は、少なくとも次の訴えに基づくとされる。決定によって影響される患者、家族、他者が、もし患者が治療されるならば、よりよくあるだろうということを指示する結果主義的根拠、患者に生活や、身体的尊厳性を維持することを義務づける患者自身の人格性にたいする尊敬の根拠、そして目標を獲得することができるようより良さを患者は得るべきだということを含む完全性の考慮、である。もし医師がケアを最もよく与えることができるひとであると認めるとするならば、ケアを供給することの医師の義務は、少なくとも次の訴えに基づく。上で述べた結果主義的考慮、人格

性に対する尊敬の考慮、もし、患者が放棄しないのであるならば、助けられるべき患者の権利、危急における患者に対する哀れみの感情、そして医師として自己自身の価値に基づいた完全性の考慮、である。

しかしながら、上で記述された状況に置いてさえ、医師－患者関係のなかにはいる義務が乗り越えられる場合があるということもこのモデルは認めている。患者がケアを拒む権利を行使することによって、あるいは医師がケアを供給しない権利を行使することによって、といういくつかの場合においてである。

相反する訴えモデルの第2の主張を、身分モデルや契約モデルのそれと比べると、第1の主張と同様の中道の立場が生じる。身分モデルに同意して、相反する訴えモデルは、患者医師関係を支配する条件のいくつかは両者の願望から独立であり、願望を乗り越えると主張する。身分モデルは、これらの独立の条件について、強い主張をする。すなわち、これらの条件はいつも両者の願望に優先すると。相反する訴えモデルは、これらの独立の条件の存在を受け入れながら、少なくともいくつかの場合において、両者の自立的な願望によって、乗り越え可能という契約モデルに同意する。

このモデルの第3の主張は、他の二つのモデルの第3の主張と同様に、最初の二つの主張の総合であり、患者－医師関係のモデルの表現の中核をなしている。合法性は、両方の側の同意を持つ条件に、医学的理解から生じる基礎的な独立の条件に、他の基礎的倫理的規範に、従って、これらの異なった訴えの適切なバランスに基づいている。簡単に言うと、相反する訴えモデルにとって、患者－医師関係が合法的に存在するのは、適切なバランスが、種々の葛藤する道徳的訴えの間に存在するときだけである。

すべての他のモデルのように、相反する訴えモデルは患者医師関係が合法的であるということを保証する。契約モデルの中では、合法は関係が形作られる仕方だけに、同意した条件が果たされる仕方においてだけ基づいている。社会の唯一の役割は、関係形成の過程を保護すること、そして同意された条件が果たされることを保証することである。身分モデルにおいては、そしてそこでは合法は、妥当な独立の条件と関係が一致していることに基づくのであるが、社会の役割は、個々の医師患者関係がそれらの条件を満足するということを保証する。相反する訴えモデルにとっては、そしてそこでは合法は医師患者関係を支配する相反する訴えの適切なバランスに基づいているのであるが、社会の第一の役割は、これらの相反する訴えが適切にバランスをとっているということを保証することである。これは、第4の主張が言うことである。

相反する訴えモデルは、もし患者がそうすることができない場合に、社会の役割は、医学的治療を支払う特殊な義務をもつにまで広がるという第5の主張において契約モデルから遠ざかり、身分モデルに近づく。いかに、この最後の主張が最初の主張から生じるか見ることは簡単である。

以上考察したとおり、このモデルは、患者－医師関係の適法性に対し、独立の条件の観念を取り入れることにおいて、契約モデルを忌避し、身分モデルに同意している。他方、自立的な願望が、これらの独立の条件に優先する状況があるということを認めることにおいて、契約モデルに

同意している。しかし、法的患者－医師関係の中に具体化される必要がある条件は、多くの種々の道徳的訴えから引き出されるということ、そして契約モデルにおいて強調された自立的な願望も、身分モデルによって強調された医療のそして他の価値的要因もお互いに支配されないということ認めることにおいて、両方のモデルから対照的である。

この新しいモデルにおける合法的医師－患者関係は、前二者より遥かに複雑であるといえる。確かに、相反する訴えモデルの根本的主張は、患者－医師関係にある双方の側が満足させる必要がある多様な道徳的訴えに従っているといえることができる。言い換えるならば、このモデルは、患者－医師関係の適法性をこれらの相反する道徳的訴えの適切なバランスに依存させているということである。しかしどうしたらそれらは適切にバランスをとっていることになるのだろうか。そこで、そこにおいて相反する道徳的訴えが適切にバランスをとりうる可能な道について考察しよう。ブローディは3つのアプローチ、すなわちヒエラルヒー的、ないし辞書的に秩序づけるアプローチ、測定アプローチ、判断アプローチを挙げて、最後のアプローチを採用している。契約モデルと、身分モデルは、第一のアプローチに従うものといえるだろう。

第一のアプローチを、ヒエラルヒー的、ないし辞書的に秩序づける(hierarchical/lexical ordering)アプローチ(以下、ヒエラルヒー的アプローチという)とブローディは名づけている。それは、いくつかの訴えは最も重要で、他のものに優先している、第二の訴えのグループは、最初のものを除くすべての他のものに優先している、等々ということによって、道徳的訴えのそれぞれを序列のなかに位置づけることができる、というものである。従って、相反する道徳的訴えについて思惟することの道は、次のようになるとする。道徳の世界をヒエラルヒー的に秩序づけられたものとしてみる、そしてある所与の場合において、われわれは高く位置づけられた訴えがその場合にわれわれに何も主張しないということを確信するまで、低く位置づけられた道徳的訴えについて考える必要はない、というものである⁽¹⁵⁾。

「これは徳の世界について考える快適な道である。しかし、それは非常に受け入れがたい」とブローディは言う。それは次の理由からである。「第一に、いつも他のすべてに優先する何らかの道徳的訴えについて考えることは難しい。一つが第二のものに優先する、第二のものが他の状況では最初のものに優先するという状況があるように見える。実際われわれの二つの拒絶されたモデルがわれわれによい実例を示している。契約モデルはいつも供給者と受給者の自律への訴えをすべての他の訴え、患者にとって最善のものへの訴え、患者の完全性への訴え、そして人格の尊重への訴えに優先すると見ている。これに反し、身分モデルは、医師が課せられた条件に従うことを自律への訴えのような訴えに優先すると見なす。それぞれヒエラルヒー的アプローチを具体化している。」[75-6] このアプローチの第二の困難は次のようである。「他の訴えに優先する一つの道徳的訴えがあるということを思惟することができるとしても、他の訴えの集合に優先すべきだと考えることは困難であろう。AはB、C、Dに優先するかも知れない。しかし、B、C、Dが結びついて、一つの行為に賛成するならば、Aが他の行為に賛成してもそれに優先するかも知れないのである。」[76]

この二つのことを考慮すると、われわれはこの単純なヒエラルヒー的アプローチからもっと複雑なものへとむかうだろうとブローディは言う。「一つの考えられる事態は次のようであろう。異なった状況では、道徳的訴えのどれもが異なった重みを持つ。何らかの状況が与えられて、その状況の中で道徳的訴えが持つ重みを示すことができる。われわれは一つの行為に賛成するすべての訴えの重みを計算することができる。他の行為を好むすべての訴えを計算することができる。そして与えられた場合にどの組が他の組に優先するかを考慮するに至る。この仕方ではわれわれは相反する訴えを取り扱うことができる。私は、このアプローチを葛藤への測定アプローチ (scale approach) と呼ぶ。」[ibid.]

成人のエホバの証人の例をブローディは挙げている。「一方には、自分の身体に起こることを支配する患者の権利がある。患者には道徳的／宗教的原理によって生きることを要求する誠実 (integrity) の徳がある。他方には、患者にとって最善である結果を生み出すことの医師の義務がある。救出できる生を救うことを自らに要求する医師の誠実の徳がある。そして生を救うことを要求する人格の尊厳がある。測定アプローチは、この場合におけるこれらのアプローチのおのおのの意味に重みを割り当てる。それから重みを合計する。どの側が大きい合計を持つか見る。そしてその行為を遂行する。」[ibid.] ブローディは、このアプローチからいくつかの結論が引き出されるとする。

測定アプローチは、ヒエラルヒー的アプローチに置かれた二つの異議を扱うことの長所を持っているとブローディは指摘する。ヒエラルヒー的アプローチは、すべての他のものに優先する一つの道徳的訴えを確認することができるということを前提としていた。しかしブローディは、このことはありそうも無いことだと言う。なぜなら道徳的訴えは異なった文脈の中で、異なった強さを持つだろうからである。測定アプローチはその洞察に基づいている。従って、ブローディは次のように主張する。「同じ道徳的訴えが、異なった文脈の中で、異なった強さを持つことができる。そしてわれわれは特別な文脈の中でその強さを説明する必要がある。さらに、道徳的葛藤への測定アプローチは、ヒエラルヒー的アプローチに対する別の異議も処理することができる。すなわち、いくつかの弱い道徳的訴えが結合して、個別にはそれらのおのおのよりも強い反対する訴えに優先することがあるという異議である。自らの身体に生じることを支配するエホバの証人の権利は、特定の場合に、最高の強さを持つかも知れない。そしてこの権利は、この権利に反対する訴えのどれにも優先するかも知れない。しかし測定アプローチは、すべての他の訴えが結びついてエホバの証人の権利に優先するかもしれないという可能性を認めることができる。私はそうするだろうとか、そうすべきだとはいはない。私が指摘するすべては、測定アプローチは、そのような可能性を認める少なくとも長所を持っているということである。」[77]

しかし測定アプローチに関しても一つの大きな困難があると、ブローディは言う。「おのおのの提案した行為に賛成する主張の強さを総計し、与えられた場合に訴えのどの組が優先するかについて結論することができる様なこれらのすべてのための尺度を考案することができるということを信じるどんな理由もない」[ibid.] ということである。

そこで、ブローディは第三のアプローチへと向かう。それは測定アプローチの計量するという最後のプロセスを、「判断」に置き換えるものである。「われわれは種々の訴えを見る。そしてそれらの意味を見る。それからわれわれは何を為すべきかを判断する。」[ibid.] ブローディはこれを、判断アプローチ (judgement approach) と呼ぶ。

しかし、判断アプローチは好ましくないと言われる。それには三つの理由がある。一つは、どの判断をなすべきかについて個々の決定者が不確かに思う多くの場合があるということである。二は、多くの場合において決定する幾人かの人々は、重要な訴えや意味については同意するけれども、どの訴えが優先すべきかについては必ずしも同意しないからである。三に、判断アプローチは、前提されている選択を正当化したいひとによって、悪用される可能性があるからである。

それにもかかわらず、判断アプローチを引き受ける積極的理由は次のことだとブローディは言う。それはこのアプローチは「道徳的曖昧性の現実を公平に取り扱うように見える」からである。ブローディは次のようにいう。「われわれは上で言及した道徳的曖昧性の多様性をわれわれ自身の生活の中で経験する。われわれは、われわれがすべての道徳的訴えを確認した後で、それらの意味を割り当てた後にさえ、われわれがすべきものを決定することができない状況にいる。……相互的な不一致のこのタイプの実在性は何らかの道徳理論によって説明される必要がある。ヒエラルヒー的と測定アプローチは道徳的曖昧さのこれらの現実を適切に説明することができない。それらにとっては、これらの道徳的曖昧さは、ある訴えを斟酌することの失敗、あるいは適切にそれらをはかることの失敗の結果であるに違いない。判断アプローチだけが、どの訴えの組が支配するかについて不確かであることを認める。判断アプローチを受け入れる積極的理由は、それ故に、これらの深い道徳的曖昧さを説明することができるということである。」[78-9]

しかし、ブローディは次のように言う。相反する道徳的訴えに「判断アプローチ」を採用することは、ある種の相対主義の形へ導くということが懸念されるかも知れない、と。そしてこのような困惑はさけられなければならない。そして判断アプローチはなすべき正しい行為があるという道徳的客観主義と両立できると言う。ブローディはこの問題を如何に考えているのだろうか、これが次稿での課題である。

3) 二つの事例における生死の決定

次に、ブローディが挙げている40の例のうちから、二つとりあげ、ブローディの「相反する訴えモデル」での解決を示し、次稿での検討課題を示唆する。

1. 「私は年をとりすぎているし、もう疲れた。一人にしておいて欲しい。」

A婦人は、84歳で、若いうちに未亡人になった。彼女は3人の子供を持ち、大変困難であったが、一人で誰の助けも受けずに育てあげた。非常に独立心の強い女性である。彼女は、これまで健康で病院へ入ったことはなかったが、自動車事故で頸骨の複雑骨折を被り入院した。病院に入ってから、彼女は明らかに意気消沈していた。彼女の家族は、彼女がいつもベッドに横たわり、窓を見つめていると報告した。彼女はほとんど食わず、それ故次第に弱っていった。近頃はもう食

べることをやめてしまった。彼女は「私はもう疲れた。死ぬつもりだ。どうか私にかまわないでくれ。私は食べるのをやめ、死んで、神のところへ行きます」としか言わなかった。彼女の精神状態が調べられ、彼女は鬱状態の兆候を示すけれども、対応能力はあると診断された。彼女の三人の子供たちは、同様に曖昧な感情を持っていた。母親に反抗することは気乗りしなかった。しかし、同時に彼女が死ぬことを望みはしなかった。

ブローディは次のように考え、判断する。

A婦人は、現在われわれが高く価値づけている活動にほとんど従事していない。彼女はベッドに横たわり、窓を見、彼女の家族や医師、看護婦に反応しない。それにもかかわらず、もし彼女が食事をとり、力を取り戻すことを説得されるならば、家に帰り、彼女の病院以前の生活を取り戻すことができると信じる理由がある。「人格の尊重への訴え」という視座から、われわれは彼女が食べるということを確実にすることによって、A婦人の生を救うことを欲することに対する理由がある。

2. 「私はあまりにも入院を繰り返した。」

B氏は32年前に二分脊椎で生まれた。結果として彼は何度も外科的治療のため入院した。そして彼の生活は多くの仕方で制限されていた。中程度の二分脊椎の患者が持つ問題のすべてを彼は苦しんだ。くわえて対麻痺、蠕動障害、膀胱障害だった。彼の主な問題の一つは繰り返される腎炎と腎不全である。6年前彼の左の腎臓は取り去られた。腎機能は衰弱し続けていた。そしてこのことが彼の緊急入院へと導いた。もし彼が規則的に透析を受けたなら生き続けるということは明らかである。そのことが彼と家族に説明されたとき、彼のはじめの反応は極端に否定的であった。彼は病院にずっといて疲れた。彼の生活は緊急の危機以前も楽しくなかった。ヘルスケアを受けてもっと生きるよりもむしろ家に帰り死にたい。彼の家族も強く彼の願いを支持した。

この事例は、患者がケアを欲しない、しかし患者は終末期ではない、そして患者には対応能力があるということが判明している場合である。

ブローディは、治療を拒絶する患者の権利は尊重されるべきだとする。なぜなら、B氏は、対応能力が損なわれているとは思えないし、B氏の願いは、彼の悲惨な生活から出てくる中心的な、ずっと昔からの願いだからである。しかし、この場合においても、「人格に対する尊重原理」はB氏が治療されるべきだということを支持する。しかし、「結果への訴え」は、B氏が治療されるべきだということを支持しない。それはB氏を無理にいま透析しても、次に透析するのを拒絶することは明らかであるし、さらにB氏の家族は彼が死んだ方がよりよいだろうという考えを受け入れているとしている。従って、B氏の透析を行わず、B氏が死に至ることをこの判断アプローチは要求する。

A婦人の「死ぬ権利」⁽¹⁶⁾は退けられる。B氏の「死ぬ権利」は尊重される。われわれは、次稿でこのような判断が妥当性をもつにいたる理由を批判的に問わなければならない。そこにわれ

われは直覚主義 (Intuitionism) の立場を見いだす。さらに、われわれはブローディの提示する「相反する訴えモデル」の問題点を指摘し、それを乗り越える新たな「患者－医師関係」モデルを模索したい。

(続)

注

本文中の [] 内の数字は、Baruch A. Brody, Ph.D., *Life and Death Decision Making*, Oxford, 1988, pp. 1-250. のページ数。

(1) Oath of Hippocrates

(2) プラトン、『法律』720 (森・池田・加来訳, 岩波書店, 1976年) Vgl. Karl Jaspers, *Der Arzt im technischen Zeitalter*, in: *Wahrheit und Bewährung*, Piper, 1983, S. 81 f.

(3) なお、このことに関連して、次の本の注を参照されたい。R. フェイドン／T. ビーチャム『インフォームド・コンセント』(酒井・秦訳, みすず書房, 1994) 317頁注21.

(4) Benjamin Rush, *Medical Inquiries and Observations*, Philadelphia, 1794. R. フェイドン／T. ビーチャム『インフォームド・コンセント』(酒井・秦訳, みすず書房, 1994), 56-58頁参照。

(5) John Gregory, *Lectures on the Duties and Observations of a Physician*, London, 1772. 同上参照。

(6) しかし、彼らは患者の同意を求めるとのことまでは追求しなかった。患者を十分に教育すれば、医師の指示を理解して、進んで従うようになると期待していた。

(7) Joseph Fletcher, *Morals and Medicine*, Princeton U. P., 1954. 患者に選択の自由だけでなく、医学的事実と代替可能な手段について可能な限り完全な情報を与えよと医師に勧めている。

(8) Cf. Michael Grodin, *Introduction: The Historical and Philosophical Roots of Bioethics*, in: *Meta Medical Ethics*, M. A. Grodin (ED.), Kluwer Academic Publishers, 1995, pp. 2-7.

(9) Robert. M. Veatch, *Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age*, Hastings Center Report, vol.2, no.3, 1972, pp. 5-7. このモデルについてはすでに紹介されている。以下のものを参照されたい。村岡潔『動力学としての＜患者－医療者関係＞』(中川米造編『哲学と医療』, 弘文堂, 1992, 所収), 木原英逸, R. M. ヴィーチ「変革期における医療倫理のモデル」(千葉大学教養部総合科目運営委員会『バイオエシックス最新資料集』, 1987)。

(10) W. F. May, *Code and Covenant or philanthropy and Contract?*, Hastings Center Report, vol. 5, no. 6, 1975, pp. 29-38.

(11) Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 1979, pp. 343-4, (『生命医学倫理』, 永安, 立木訳, 成文堂, 1997, 441-2頁)。

(12) ヴィーチにおいては次の原理が挙げられている。善を生み出し、害さないこと。より広い文脈の中で。無危害原則, 慈恵の原理である。個人の自由を守ること。医師患者双方に対して。個人の尊厳を保護すること。道徳的価値における諸個人の平等を意味し, 各人が自らの意志で自らの命と体を支配する自由を相互に認めあうこと。真理を告げ, 約束を守ること。人間関係の基本。正義を維持し, 回復すること。万人に対して公平で平等に医療サービスを提供すること。Cf. Veatch, *ibid.*

(13) 「個人の権利」と「人格の尊重原理」について一言述べておく。

個人の権利を尊重することが人格を尊重すること（カント）と誤って理解されていると、ブローディは言う。そのテーゼは次のようである。 1. ひとが人格が持つ権利を尊重することによって、人格を尊重する。 2. 人格に対する尊重を示すことが、人格が持つ権利を尊重することとは異なった道徳的意味を持つような場合はない。ブローディはこれは誤りであるとする。それは、次の理由による。われわれは人格を、われわれがその遂行を価値づける広く多様な行為を遂行することの可能性を持つこととして考える。理性的選択をする可能性、多様な人格相互の關係に従事する可能性、評価する美への可能性、真理を知ることの欲求の可能性である。人格に対する尊重の訴えは、われわれが非常に高く価値づける多様な行為で満たされた生を人々が生きる能力を増進しようとする仕方では振る舞うことの訴えである。彼らの生や、彼らの身体的完全性、彼らの選択や行為の能力を彼らに維持させようと援助することは、人格性に対する尊敬の重要な要素である。従って、人格の尊敬原理においては、自分を奴隷に売る契約や、自殺することは人格の尊敬原理に反する行為なのである。

当該の人格がこの仕方では尊敬されることを欲しているにせよ、そうでないにせよ、われわれが負っている尊敬である。というのは、それは当該の人格への義務ではなくて、当該の人格がそれである人格に関して持つ義務だからである。当該の個人が権利を放棄するとき、権利への尊重はどんな意味も持たない。しかるに、そのときでも「人格の尊重への訴え」は意味を持ち続ける。

また、ブローディは人格に対する尊重原理と生の神聖さへの訴えとも異なるという。生の神聖さへの訴えは、人格に対する尊重への訴えと同様に、われわれにひとびとの生や、身体的完全性を尊重することへ義務づける。彼らがそうしてもらいたいと思うにせよ、思わないにせよ、そうである。しかし、これらの訴えは、この義務がいつも等しい意味で現前しているかどうかで異なる。生の神聖さはすべての場合に同じ意味の程度で現前している訴えである。ところが人格に対する尊敬はそうではない。当該の人格の願望とは関わりがないが、すべての場合というわけではない。当該の人格が、その遂行をわれわれが価値づける行為を遂行する能力がない場合には、人格に対する尊重への訴えは現前していないのである。

(14) 以下の叙述はブローディに従う。Cf. Baruch A. Brody, Ph. D., *ibid.*, pp. 73-75.

(15) ブローディは、この考えはJ・ロールズによって非常にポピュラーになったとし、次のようにいう。

正義論についての著作の中で、彼はこの考えを強調した。この考えは、R・ヴィーチによって非帰結主義的原理（約束を守る、自律、正直、殺すことをさけること、そして正義）は慈恵の結果主義的原理に辞書的に優先するという主張によって、医学倫理に採用された。Cf. Baruch A. Brody, Ph. D., *ibid.*, p75.

(16) 「死ぬ権利」という言葉には違和感を覚えるひともいるであろう。われわれは通例「生きる義務」があると考えている。それ故、自殺は罪であると一般に捉えられてきた。特に、医師は「生を援助する義務」があると考えている。このような権利を認めることは、医師の社会的役割を無にするものと思うかも知れない。次稿では、この問題についても考えたい。ただ、一言述べて置くならば、「死」とは「生」に対立する概念ではない。「死」に対立するのは「誕生」であり、「生」とは「誕生」から「死」に至る過程なのである。だとすると、「生まれる権利」と「死ぬ権利」を手にして、初めて、「生の権利」は完成すると思うのだが。